



Angaben zur Krankheit/zum Unfall // Details about the illness or accident

Art der Krankheit oder des Unfalls // Type of illness or accident

Seit wann bestehen die Beschwerden und wann wurden sie erstmals behandelt? // Since when do the ailments exist and when did the first treatment begin?

Bei Unfällen: Bitte beschreiben Sie kurz den Unfallhergang. // In case of accident, please describe the accident event shortly.

Waren Sie bereits früher wegen diesem oder einem ähnlichen Zustand in Behandlung? // Have you been treated earlier concerning this state or a similar condition? Ja // Yes Nein // No

Wenn ja, bitte Datum, Name und Adresse des Arztes oder des Krankenhauses angeben. // If so, please note date, name and address of physician or hospital.

Angaben zu anderen Versicherungen // Details about other insurances

Sind Sie anderweitig gegen Krankheitskosten versichert? // Do you have an additional health insurance besides? Ja // Yes Nein // No

Wenn ja, bitte Name der anderen Versicherung und Versicherungsnummer angeben // If so please note name of other insurer and insurance number

Wenn ja: Haben Sie von der anderen Versicherung schon Leistungen erhalten oder eine Erstattung beantragt? // If so: Did you receive benefits or reimbursements from other insurers already? Ja // Yes Nein // No

Wichtiger Hinweis // Important note

Als versicherte Person sind Sie verpflichtet, alle Fragen nach bestem Wissen, unverzüglich und wahrheitsgemäß zu beantworten. Vorsätzlich unwahre oder unvollständige Angaben können ebenso wie eine grob fahrlässige Verletzung der Auskunftspflicht und Wahrheitspflicht zum Verlust bzw. teilweisen Verlust des Leistungsanspruches aus diesem Schadenereignis führen.

As an insured person you are obliged to answer all questions immediately, truthfully and to the best of your knowledge. Wilfully false or incomplete statements as well as a grossly negligent infringement of your obligation to furnish correct information may exempt the insurer fully or partially from his obligation to indemnify with reference to this claim.

Schlussklärung // Final declaration

Ich versichere hiermit, dass ich alle vorstehenden Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Ferner nehme ich zur Kenntnis, dass ich für den Inhalt dieser Schadenanzeige auch dann verantwortlich bin, wenn ich sie nicht selbst ausgefüllt habe.

Mir ist bekannt, dass die DR-WALTER GmbH dieses Schadenformular an die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG weiterleitet. Ich bin damit einverstanden, dass die DR-WALTER GmbH von meinen persönlichen Daten, auch etwaigen Gesundheitsdaten, Kenntnis erhält.

I hereby confirm to have answered all the aforementioned questions completely, truthfully and to the best of my knowledge. Moreover, I am informed that I will be held responsible for the answers in this claim form, even if I did not complete it personally.

I have been informed that DR-WALTER GmbH will forward this claim form to BD24 Berlin Direkt Versicherung AG. I hereby agree that DR-WALTER GmbH receives information on my personal data which also may involve health data.

Ort, Datum // Location, date

Unterschrift des Versicherten // Signature of insured person